

**RELATÓRIO DE COMPROVAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**

Atesto, para fins de percepção do benefício Tratamento Fora de Domicílio, que o Sr (a) \_\_\_\_\_, esteve sob meus cuidados no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, para tratamento referente ao CID \_\_\_\_\_.

Atesto, ainda, que o Sr(a) \_\_\_\_\_, acompanhou o paciente por mim assistido no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Nome do Hospital ou Clínica: \_\_\_\_\_

( ) Atendimento ambulatorial, período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

( ) Internação período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

( ) Atendimento ambulatorial pós-internação: período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Atendimentos realizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Justificativa sobre o tempo de permanência do assistido na localidade de tratamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Deverá comparecer para consulta e/ou exames no dia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional de Saúde

\_\_\_\_\_  
Inscrição do Conselho Regional